

**ASSOCIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE PRÉ-ESCOLARES COM O
TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO E ESTADO NUTRICIONAL DOS PAIS**

**ASSOCIATION BETWEEN NUTRITIONAL STATE OF PRESCHOOLERS WITH
BREASTFEEDING TIME AND PARENT'S NUTRITIONAL STATE**

Danieli Hergesell¹

Fernanda Scherer Adami²

Simara Rufatto Conde³

¹⁻³ Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Centro Universitário Univates. Av. Avelino Tallini, 171. Bairro Universitário, Lajeado, RS, Brasil.

CEP: 95900-000. E-mail: simaraufatto@terra.com.br

Fontes de auxílio: Não existiram fontes externas de auxílio para a realização deste artigo.

Declaração de conflito de interesse: Nenhum conflito de interesse declarado

Resumo

Objetivo: Analisar a associação entre o estado nutricional dos pré-escolares com o tempo de aleitamento materno e o estado nutricional de seus pais. **Métodos:** Estudo transversal quantitativo composto por 448 pré-escolares com idades entre 2 e 5 anos. Após a avaliação antropométrica de peso e altura, o estado nutricional dos pré-escolares foi classificado por meio do indicador IMC/gênero/idade. Os dados referentes ao aleitamento materno, alimentação complementar, peso e altura dos pais foram obtidos através de um questionário estruturado encaminhado aos mesmos. **Resultados:** Observou-se que crianças amamentadas apresentaram peso significativamente menor ($p=0,029$) e mães mais jovens ($p=0,032$) do que as crianças não amamentadas. Quanto menor o tempo de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) maior o Índice de Massa Corporal (IMC) da criança ($r=-0,112$, $p=0,023$ e $r=-0,117$, $p=0,018$, respectivamente). O estado nutricional dos pais relacionou-se direta e significativamente com o do filho, quanto maior o IMC dos pais, maior também o IMC do filho ($r=0,207$ da mãe e $r=0,271$ do pai, $p<0,001$). **Conclusão:** Crianças que receberam aleitamento materno tinham mães mais novas e um peso menor do que aquelas que não foram amamentadas, apresentando uma associação inversa do tempo de AME com o IMC e o peso das crianças. O estado nutricional dos pais influenciou o estado nutricional dos filhos.

Palavras-chave: Pré-escolares; pais; estado nutricional; aleitamento materno.

Abstract

Objectives: Analyze the association between nutritional status of preschool children with breastfeeding time and the nutritional status of their parents. **Methods:** Transversal and quantitative study composed of 448 preschool children aged 2 to 5 years. After anthropometric measurements of height and weight, nutritional status of preschool children was classified by the indicator BMI / gender / age. The data on breastfeeding, complementary feeding, weight and height of the parents were obtained through a structured questionnaire sent to them. **Results:** It was observed that breastfed children had significantly lower weight ($p = 0.029$) and younger mothers ($p = 0.032$) than children not breastfed. The shorter the time of Exclusive Breastfeeding (EBF) higher the Body Mass Index (BMI) of children ($r = -0.112$, $p = 0.023$ and $r = -0.117$, $p = 0.018$, respectively). Parent's nutritional status was related directly and significantly with the child, the higher the BMI of the parents, the higher also the son's ($r = 0.207$ mother's $r = 0.271$ father's, $p < 0.001$). **Conclusion:** Children who were breastfed had younger mothers and less weight than those who were not breastfed, showing an inverse association between AME time with BMI and weight of children. Parent's nutritional status influenced the nutritional status of children.

Keywords: Preschoolers; parents; nutritional status; breastfeeding.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, no Brasil, tem se observado uma brusca redução da desnutrição e o aumento de sobrepeso e obesidade nas crianças e adolescentes, situação conhecida como “transição epidemiológica nutricional”, caracterizada pela inversão de perfil nutricional e pela alta prevalência de doenças crônicas.¹

A obesidade infantil é considerada uma doença nutricional que mais cresce no mundo e a de mais difícil tratamento, tornando-se um problema de saúde pública. Sabe-se que, 42 milhões de crianças menores de 5 anos apresentam sobrepeso ou obesidade no mundo.² Em âmbito nacional, estima-se que haja cerca de três milhões de crianças, com idade inferior a 10 anos apresentando excesso de peso.³

Na maioria das vezes, a obesidade permanece na vida das crianças até a fase adulta, desenvolvendo graves problemas cardiovasculares, assim estima-se que cerca de 80% das crianças obesas serão adultas obesas.⁴ Segundo o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde gasta anualmente R\$ 488 milhões de reais com o tratamento de doenças associadas à obesidade.⁵

A gênese da obesidade parece estar associada a fatores metabólicos, nutricionais, psicológicos, ambientais e culturais, que influenciam indivíduos geneticamente predispostos. Assim, o fator de risco que parece ter mais destaque para o desenvolvimento precoce de obesidade infantil é a presença de obesidade em seus pais, pela soma da influência genética e do ambiente em que vivem.⁶

Considerando-se a elevada prevalência de obesidade na infância, somada às dificuldades no tratamento dessa doença, nota-se a importância do diagnóstico precoce e recomenda-se que sejam adotadas intervenções no período crítico do desenvolvimento da obesidade (infância e adolescência) para se evitar desfechos desfavoráveis na idade adulta.⁷ Desta forma, é fundamental a identificação de estratégias efetivas na sua prevenção

destacando-se aquelas mais simples e que não ofereçam efeitos colaterais,⁸ como o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e o complementar até os 2 anos que pode ser considerado uma possível estratégia na prevenção da obesidade infantil.⁹

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre o estado nutricional dos pré-escolares com o tempo de aleitamento materno e o estado nutricional de seus pais.

MÉTODOS

Estudo de caráter transversal, realizado pela primeira autora de março a abril de 2016, com uma amostra de conveniência composta por 448 pré-escolares com idades compreendidas entre 2 e 5 anos que frequentavam as 6 Escolas Comunitárias de Educação Infantil e as 13 Escolas Municipais de Ensino Fundamental do município de Arroio do Meio/RS.

Foram incluídas as crianças com idade de 2 a 5 anos que estavam presentes na escola no momento da coleta de dados e que tinham o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos responsáveis. Crianças que apresentaram alguma patologia ou síndrome que impedisse a aferição do peso e altura, aquelas cujos pais não preencheram o questionário e crianças que se negaram a aferir o peso e a altura foram excluídas do estudo.

O nome completo e a data de nascimento dos pré-escolares foram obtidos a partir de registros das escolas. Para verificação do estado nutricional dos participantes, foi realizada a aferição de peso (kg) e altura (m) para posterior cálculo e classificação do Índice de Massa Corporal (IMC). O peso foi avaliado em posição ortostática, estando a criança posicionada no centro do equipamento, ereta, descalça, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.¹⁰ Utilizou-se uma balança digital portátil da marca Plenna® com graduação de 100g e capacidade máxima de 150 kg. A altura foi avaliada em posição ortostática, com fita métrica

inelástica com extensão de 2 metros, dividida em centímetros e subdividida em milímetros, estando a criança descalça, com a cabeça livre de adereços, ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo, as pernas paralelas formando um ângulo reto com os pés e a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos, posicionada no plano de Frankfurt.¹⁰ A classificação do estado nutricional foi realizada conforme as curvas específicas para idade e gênero da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹¹

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário estruturado encaminhado para os responsáveis contendo questões referentes ao tempo de aleitamento materno exclusivo e com alimentação complementar, motivo do desmame, idade do início da alimentação complementar, tipos de alimentos e bebidas oferecidos. Além dos dados dos pais, como idade, escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar mensal, peso e altura. A classificação do estado nutricional dos pais foi realizada pelo IMC de acordo com a OMS.¹²

Os dados obtidos por meio do questionário e da avaliação antropométrica das crianças foram tabulados, a partir de construção de banco de dados no programa Microsoft Excel 2007, para posterior análise de dados de forma descritiva. Os dados foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences IBM®*, versão 20.0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Foram realizadas estatísticas univariadas descritivas (médias, variâncias, desvios-padrão e frequências) e bivariadas (testes t de *Student*, *Mann-Whitney*, ANOVA, *Kruskal-Wallis*, correlações de *Pearson* e *Spearman* e *Qui-quadrado*). Utilizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliar se as variáveis seguiam a distribuição normal.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Univates sob parecer número 1.379.999.

RESULTADOS

Conforme a Tabela 1, dentre os pré-escolares estudados, 51,8% (232) eram meninos e 61,2% (274) encontravam-se eutróficos. Quanto ao nível socioeconômico, 56,5% (253) das famílias apresentaram renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, sendo que, em média, 3,6 pessoas viviam dessa renda, 70,5% (316) dos pais e 72,3% (324) das mães são casados/união estável e o nível de escolaridade predominante foi o ensino médio para ambos. Em relação ao estado nutricional dos pais, o IMC médio foi de 25,34kg/m² para as mães e 27,30kg/m² para os pais.

A Tabela 2 apresenta os dados quanto ao aleitamento materno, 90,6% (406) das mães referiram ter amamentado, porém, somente 17% (76) amamentou exclusivamente até os 6 meses ou mais. Dentre aquelas que não amamentaram, a principal justificativa foi não produzir leite (48,7%, 19) e como causa do desmame, 31,6% (125) das mães apontaram como o fato de não produzirem mais leite/“leite secou”. A tabela 4 mostra que o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi praticado pelas mães, em média, até 3,6 meses e o aleitamento materno (AM) até 10,9 meses.

Em relação à alimentação complementar, a introdução do primeiro alimento líquido se deu, em média, aos 3,4 meses e do primeiro alimento sólido aos 4,7 meses (Tabela 4). O alimento líquido mais ofertado pelas mães foi o chá (28,7%, 113) e o alimento sólido foi a fruta (51,6%, 228) (Tabela 3).

A idade média dos pré-escolares foi de 4,1 anos, das mães foi de 32,7 anos e dos pais 36 anos. Comparando as variáveis contínuas (idade, peso e IMC da criança, mãe e pai, tempo de AME e de AM, idade de introdução dos primeiros alimentos líquido e sólido) entre os gêneros não se observou diferença significativa ($p>0,05$). Já comparando essas mesmas variáveis entre as crianças que foram amamentadas e aquelas que não foram, como mostra na Tabela 4, observou-se que crianças amamentadas apresentaram peso significativamente menor ($p=0,029$) e as mães eram mais jovens ($p=0,032$).

Analisando a associação do peso e IMC da criança com o peso e IMC dos pais e também com o tempo de AME, AM e introdução de alimentos, observou-se que o estado nutricional dos pais relacionou-se direta e significativamente com o do filho, de forma que quanto maior o IMC dos pais, maior também o IMC do filho ($r=0,207$ e $r=0,271$ para a mãe e o pai, respectivamente, $p<0,001$). O peso e o IMC apresentaram relação inversa e significativa com o tempo de AME, de forma que quanto menor o tempo de AME maior o IMC da criança ($r=-0,112$, $p=0,023$ e $r=-0,117$, $p=0,018$, respectivamente) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram uma maior prevalência de mães com ensino médio, corroborando com o estudo de Dias et al. realizado com lactantes cadastradas em Estratégias de Saúde da Família do município de Mamonas-MG.¹³ No atual estudo, além de a escolaridade da mãe não ter apresentado correlação significativa com a amamentação, Molina, Gil e Victoriano (2013) afirmaram que o nível de escolaridade materno auxilia na compreensão da importância e dos benefícios do aleitamento materno, pois o nível baixo de escolaridade pode influenciar no desmame precoce.¹⁴

O tempo de aleitamento materno exclusivo neste estudo não foi satisfatório, uma vez que a maior parte das mães amamentou exclusivamente por menos de 6 meses, resultado semelhante ao estudo de Wille, Bottaro e Carbonari (2015),¹⁵ com 285 crianças e diferente de Freitas et al (2014) realizado com 48 crianças,¹⁶ onde o tempo de aleitamento exclusivo foi condizente com o recomendado, em 62,5% dos casos. A criança, ao se alimentar exclusivamente com o leite materno, nos seis primeiros meses de vida, previne diversas infecções e doenças crônicas como hipertensão, diabetes e obesidade promovendo ainda, a longo prazo, o desenvolvimento sensor e cognitivo da mesma.¹⁷

Apesar da reconhecida importância da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, o desmame precoce e a iniciação da alimentação artificial têm se tornado cada vez mais comuns.¹⁸ A principal justificativa das mães do presente estudo para não terem amamentado por mais tempo foi semelhante ao estudo de Dias et al. (2015), em que a maioria das mulheres relataram que seu leite secou, como causa do desmame.¹³ A introdução precoce da alimentação complementar foi um fato observado neste estudo, assim como no de Saldiva et al. (2011).¹⁹ A introdução de alimentos antes dos seis meses não é recomendada, pois os hábitos alimentares formados nos primeiros anos de vida da criança irão refletir nas práticas alimentares e no estado nutricional por toda sua vida.²⁰

Evidenciou-se que o chá foi oferecido nos primeiros meses de vida por 28,7% das mães participantes deste estudo e já se sabe que a introdução do chá é uma prática frequente em alguns locais no Brasil, sobretudo no sul do país, podendo ser responsável pela redução da proteção do leite materno e do tempo de aleitamento materno.²⁰

Observou-se ainda, no presente estudo, que crianças amamentadas apresentaram peso atual significativamente menor do que as crianças não amamentadas, resultados semelhantes a Siqueira e Monteiro (2007) que verificaram que a maior prevalência de obesidade ocorreu entre as crianças que nunca receberam leite materno, sugerindo um efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade na idade escolar para as crianças que foram amamentadas por qualquer período.²¹

No que se refere à idade materna, constatou-se que as crianças amamentadas tinham mães mais jovens do que as não amamentadas, diferente do estudo de Molina, Gil e Victoriano (2013), que mostrou que as mulheres mais jovens amamentam por menos tempo, o que poderia estar relacionado com menor instrução e experiência.¹⁴

O presente estudo demonstrou associação inversa e significativa do tempo de AME com o peso e o IMC, de forma que quanto menor o tempo de AME maior o peso e o IMC da

criança, assim como Ferraria, Rodrigues e Macedo (2013)²² e Assunção et al. (2015)²³ e diferentemente do estudo de Minossi et al. (2013) que não encontrou esta associação entre o aleitamento materno exclusivo e o aleitamento materno com o excesso de peso em crianças.²⁴

O papel do aleitamento materno na prevenção da obesidade é uma hipótese difundida em todo o mundo, porém, os fatores pelos quais o leite materno desempenharia uma proteção em relação à obesidade ainda não estão totalmente esclarecidos.²⁵ Sugere-se que, se as primeiras experiências alimentares do indivíduo não forem adequadas, podem afetar sua suscetibilidade a doenças crônicas na vida adulta.²⁶

Além disso, os lactentes alimentados ao seio materno desenvolvem mecanismos de auto regulação à sua ingestão energética baseada no controle da saciedade interna, enquanto que as crianças que utilizam mamadeiras podem ser encorajadas a terminar o conteúdo do recipiente, mesmo que já tenham atingido a saciedade.²⁷ Estes efeitos têm sido atribuídos principalmente pela composição do leite materno, em particular pela presença do hormônio leptina, considerado essencial para a regulação do apetite e do balanço energético nos bebês amamentados.²⁸

Os resultados do presente estudo vão ao encontro dos achados de Jiménez et al. (2015) que afirmam que o maior IMC dos pais está relacionado diretamente com um maior IMC dos filhos.²⁹ Ressaltando a importância dos fatores genéticos, o risco de uma criança obesa permanecer nesta condição na vida adulta é de 25%, aumentando para 80% quando o excesso de peso se instala durante a adolescência. Porém, esta associação pode ir além dos fatores genéticos, o exemplo dos pais, frequentemente seguido pelos seus filhos, constitui a maior influência ambiental no que se refere aos maus hábitos alimentares e a inatividade física.³⁰

As limitações do presente estudo podem estar relacionadas às informações auto referidas pelos responsáveis, podendo estar suscetíveis a possíveis enganos nas respostas e também pela falta de coleta de outras variáveis que podem ter interferido no peso atual dos

pré-escolares avaliados, como peso da criança ao nascer, ingestão energética atual e nível de atividade física.

Constatou-se que crianças que receberam aleitamento materno tinham mães mais novas e peso menor do que as que não foram amamentadas, apresentando uma associação inversa do tempo de AME com o IMC e o peso das crianças. O estado nutricional dos pais influenciou o estado nutricional dos filhos, sendo que quanto maior o IMC dos pais, maior também o IMC do filho.

REFERÊNCIAS

1. Wagner DGP. Prevalência de excesso de peso em crianças e adolescentes cadastrados no SISVAN - WEB - pertencentes à região de abrangência de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre. Trabalho de Conclusão – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. [acesso em: 05 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/66677/000868823.pdf?sequence1>.
2. WHO (World Health Organization). Obesity and overweight. Fact Sheet Number 311. [acesso em: 05 maio 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
3. Reis CEG, Vasconcelos IAL, Oliveira OMV. Panorama do estado antropométrico dos escolares brasileiros. Rev. paul. pediatri., 2011; 29(1): 108-116.
4. Fagundes ALN et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo. Rev. paul. pediatri., 2008; 26(3): 212-7.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. 2013. Doenças ligadas à obesidade custam R\$ 488 milhões. [acesso em 05 maio 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/3414-doencas-ligadas-a-obesidade-custam-r-488-milhoes>.
6. Quadros FF, Gutierrez LLP, Ribeiro JL. Obesidade e fatores de risco cardiovascular em filhos de obesos: uma revisão. Scientia Medica, 2013; 23(2): 119-26.
7. Alencar KA et al. Prevalência de obesidade central em adolescentes de escolas públicas do interior piauiense. Rev Enferm UFPI, 2015; 4(2): 6-11.
8. Vasques CT et al. A amamentação pode prevenir a obesidade infantil? VI EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. Paraná, 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde da Criança:** Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 16 maio 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [acesso em 16 maio 2016]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/pediatria/z3_1_5_biblio_files/SISVAN_dados_antropometricos_2011.pdf.
11. WHO (World Health Organization). Growth reference data for 0-5 years and for 5-19 years. 2006. [acesso em 05 maio 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/en/>.
12. WHO (World Health Organization). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, Geneva, 3-5 Jun 1997. Geneva: World Health Organization, 1998.
13. Dias EG, Santos MRA, Pereira PG, Alves JCS. Prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês no município de Mamonas-MG em 2013. Revista Contexto & Saúde Ijuí, 2015 jul./dez; 15(29): 81-90.

14. Molina FR, Gil NLM, Victoriano SVZ. Prevalência do aleitamento materno exclusivo no município de Marialva-Paraná. *Revista Uningá, Maringá-PR*, 2013 out./dez; 38: 71-83.

15. Wille PT, Bottaro SM, Carbonari VZ. Análise da alimentação de crianças de 24 a 72 meses de idade de um município do noroeste do Rio Grande do Sul. XXIII Seminário de Iniciação Científica, Unijuí, 2015.

16. Freitas MM, Pereyra BBS, Andrade ME, Valverde FG, Andrade TAS, Alves TIP, Figueiredo MBGA, Almeida EB, Santos TMP, Mendonça J. Percentual de aleitamento materno exclusivo e

seu efeito sobre o estado nutricional de pré-escolares. *Scire Salutis, Aquidabã*, 2014; 4(2): 20-27.

DOI: <http://dx.doi.org/10.6008/SPC2236-9600.2014.002.0003>.

■

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança – nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.

18. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LC, Köhler CV et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saude Publica*. 2008 Aug; 42(4): 607- 14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400005>. PMID:18470359.

19. Saldiva SRDM. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011 nov.; 27(11): 2253-2262.

20. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012 set.; 28(9): 1759-1771.

21. Siqueira RS, Monteiro CA. Amamentação na infância e obesidade na idade escolar em famílias de alto nível socioeconômico. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2007 Feb.; 41(1): 5-1.

22. Ferraria N, Rodrigues V, Macedo L. Aleitamento materno e excesso de peso em crianças na idade escolar. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 2013; 23(2): 75-81.

23. Assunção ML, Ferreira HS, Coutinho SB, Santos LMP, Horta BL. Protective Effect of Breastfeeding against Overweight Can Be Detected as Early as the Second Year of Life: A Study of Children from One of the Most Socially-deprived Areas of Brazil. *J Health Popul Nutr*. 2015 Mar; 33(1): 85–91.

24. Minossi V, Raupp SMM, Townsend, RT, Lopes MLR. Duração do aleitamento materno e o excesso de peso. *Cinergis*, 2013; 14(1): 7-12, 2013.
25. Vicari EC. Aleitamento materno, a introdução da alimentação complementar e sua relação com a obesidade infantil. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, 2013; 7(40): 72-83.
26. Lima DB, Fujimori E, Borges ALV, Silva MMS. Prática alimentar nos dois primeiros anos de vida. *Rev esc enferm. USP*. 2011; 45: 1705-1709.
27. Dewey KG. Is breastfeeding protective against child obesity? *J Hum Lact.*, 2003; 19(10): 9-18.
28. Cannon AM, Kakulas F, Hepworth AR, Lai CT, Hartmann PE, Geddes DT. The Effects of Leptin on Breastfeeding Behaviour. *Int J Environ Res Public Health*, 2015; 12(10): 12340-55.
29. [Jiménez Ortega A](#), [López-Sobaler A](#), [Aparicio A](#), [González-Rodríguez L](#), [Ortega Anta R](#). Parents body mass index as modulator of fluid intake habits among their children. *Nutr Hosp*. 2015 Dec; 1(32): 103-08.
30. Dalcastagné G, Ranucci JMA, Nascimento MA, Liberali R. A influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, 2008; 2(7): 44-52.

Página das Ilustrações
Tabela 1

Variáveis [n 448]	n (%)		
Estado Nutricional (IMC/Idade)	Geral 448 (100)	Meninos 232 (51,8)	Meninas 216 (48,2)
Magreza Acentuada	3 (0,7)	0 (0,0)	3 (1,4)
Magreza	2 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,9)
Eutrofia	274 (61,2)	146 (63,2)	128 (59,3)
Risco de Sobrepeso	76 (17,0)	35 (15,2)	41 (19,0)
Sobrepeso	51 (11,4)	22 (9,5)	29 (13,4)
Obesidade	32 (7,2)	23 (10,0)	9 (4,2)
Obesidade Grave	9 (2,0)	5 (2,2)	4 (1,9)
Escolaridade dos Pais	Mãe n (%)	Pai n (%)	
Ensino Fundamental	112 (25)	152 (33,9)	
Ensino Médio	213 (47,5)	193 (43,1)	
Ensino Superior	117 (26,2)	73 (16,3)	
Estado Civil Pais	Mãe n (%)	Pai n (%)	
Solteiro	117 (26,1)	99 (22,1)	
Casado/União Estável	324 (72,3)	316 (70,5)	
Estado Nutricional Pais (IMC)	Mãe n (%)	Pai n (%)	
Magreza	4 (0,9)	0 (0,0)	
Eutrofia	233 (52,0)	110 (24,6)	
Sobrepeso	131 (29,2)	185 (41,3)	
Obesidade Grau I	50 (11,2)	76 (17,0)	
Obesidade Grau II	6 (1,3)	12 (2,7)	
Obesidade Grau III	5 (1,1)	1 (0,2)	
Renda Familiar	F (%)		
1 a 3 Salários Mínimos	253 (56,5)		
3 a 5 Salários Mínimos	122 (27,2)		
5 a 10 Salários Mínimos	48 (10,7)		

Variáveis categóricas: Frequências descritas em percentuais (%).

Tabela 2

Amamentação	F (%)
Sim	406 (90,6)
Não	41 (9,2)
Aleitamento Materno Exclusivo	F (%)
Menos de 6 Meses	334 (74,6)
6 Meses ou mais	76 (17,0)
Motivo Não Amamentação	F (%)
Não produziu leite	19 (48,7)
Criança nasceu prematura	4 (10,3)
Criança rejeitou o leite materno	4 (10,3)
Leite fraco	3 (7,7)
Problemas de saúde	3 (7,7)
Criança adotada	2 (5,1)
Orientação médica	1 (2,6)
Multifatores	1 (2,6)
Criança apresentava refluxo	1 (2,6)
Problemas fisiológicos na mama	1 (2,6)
Motivo Desmame	F (%)
Não tinha mais leite (secou)	125 (31,6)
Criança não queria mais o leite materno	94 (23,8)
Pouco leite/Leite fraco	37 (9,4)
Mãe começou a trabalhar	31 (7,8)
Idade da criança	17 (4,3)
Remédio da mãe	12 (3,0)
Doença da mãe	10 (2,5)
Preferiu a mamadeira	9 (2,3)
Problemas fisiológicos na mama	7 (1,8)
Criança inicia na creche	6 (1,5)
Gravidez	5 (1,1)
Criança não tinha horário de mamadas	4 (1,0)
Criança comia de tudo	3 (0,8)
Não queria comer comida	3 (0,8)
Criança mordida a mama	3 (0,8)
Desgaste	3 (0,8)
Motivos próprios	3 (0,8)
Leite empedrou	2 (0,5)
Orientação médica	2 (0,5)
Inúmeros	1 (0,3)
Tonturas	1 (0,3)
Mãe voltou a estudar	1 (0,3)

Variáveis categóricas: Frequências descritas em percentuais (%).

Tabela 3

Primeiro Alimento Líquido	F (%)
Chá	113 (28,7)
Fórmula Infantil	89 (22,6)
Leite de vaca	54 (13,7)
Suco	43 (11)
Leite não especificado	34 (8,6)
Água	28 (7,1)
Leite em pó	7 (1,8)
Leite de soja	2 (0,5)
Leite de cabra	2 (0,5)
Iogurte	2 (0,5)
Foi oferecido todos líquidos	2 (0,5)
Leite sem lactose	1 (0,3)
Primeiro Alimento Sólido	F (%)
Fruta	228 (51,6)
Papinha salgada	91 (20,6)
Sopa	65 (14,7)
Foi oferecido todos tipos de alimentos	19 (4,3)
Gelatina	16 (3,6)
Bolacha doce	14 (3,2)
Iogurte	7 (1,6)
Chocolate	1 (0,2)
Papinha pronta	1 (0,2)

Variáveis categóricas: Frequências descritas em percentuais (%).

Tabela 4

Variáveis	Média ± DP Geral	Média ± DP Amamentados	Média ± DP Não Amamentados	P
Idade da criança	50,26 ± 13,86	49,96 ± 13,99	53,63 ± 12,11	0,106
Peso da criança	19,03 ± 4,67	18,93 ± 4,76	19,96 ± 3,69	0,029
IMC da criança	16,62 ± 2,17	16,60 ± 2,19	16,78 ± 1,89	0,287
Idade do Pai	36,00 ± 7,25	35,73 ± 7,04	38,50 ± 8,53	0,024
Idade da Mãe	32,71 ± 6,60	3,41 ± 6,19	35,66 ± 9,37	0,032
IMC do Pai	27,30 ± 3,72	27,20 ± 3,71	28,06 ± 3,62	0,188
IMC da Mãe	25,34 ± 4,47	25,11 ± 4,38	27,62 ± 4,80	0,001
Tempo de AME	3,63 ± 1,86	3,63 ± 1,86	-	-
Tempo de AM	10,99 ± 10,67	10,99 ± 10,67	-	-
Introdução líquidos	3,42 ± 2,24	3,76 ± 2,07	0,00 ± 0,00	<0,001
Introdução sólidos	4,76 ± 1,44	4,81 ± 1,46	4,30 ± 1,15	0,073

Variáveis contínuas descritas em média e desvio-padrão. Idade da criança em meses e dos pais em anos; IMC em Kg/m²; Tempo de AME, AM e introdução da alimentação complementar em meses. Testes t e mann-Whitney para comparação, considerando significativo p<0,05.

Tabela 5

Variáveis [<i>n</i> 448]	Peso da criança r (p)	IMC da Criança r (p)
IMC do Pai	0,166 (0,001)	0,271 (<0,001)
IMC da Mãe	0,164 (0,001)	0,207 (<0,001)
Peso Pai	0,138 (0,007)	0,236 (<0,001)
Peso Mãe	0,190 (<0,001)	0,195 (<0,001)
Tempo de AME	-0,112 (0,023)	-0,117 (0,018)
Tempo de AM	0,084 (0,108)	0,021 (0,683)
Introdução primeiro líquido	-0,096 (0,051)	-0,080 (0,102)
Introdução primeiro sólido	0,055 (0,250)	0,006 (0,906)

r = coeficiente de correlação. p = significância da correlação. Correlações de *Pearson* e *Spearman* para associação entre as variáveis, considerando significativo $p < 0,05$.

Página da Legenda

Tabela 1. Caracterização da amostra

Tabela 2. Caracterização da amostra quanto ao aleitamento materno.

Tabela 3. Caracterização da amostra quanto à introdução da alimentação complementar.

Tabela 4. Caracterização da amostra quanto as variáveis contínuas segundo crianças amamentadas e não amamentadas.

Tabela 5. Análise da associação entre o peso e IMC das crianças com o peso e IMC dos pais e também com o tempo de AME, AM e introdução de alimentos.